自 己 申 告 書

関西電力健康保険組合

常務理事 殿

令和　　　年　　　月　　　日

氏名：　　　　　　　　　　 印

※直筆の場合、印は省略可

　（被保険者番号： 　　　　　　）

家族「　　　　 」（続柄：　　 ）の被扶養者手続きに際し、以下のとおり申告いたします。

（内容）

＜過去事例より＞

・上記「○○ ○○」は年金収入者であり、自らの年金（月額６万円）と私からの仕送り（月

額７万円）にて被扶養者認定をうけておりましたが、先日、配偶者が死亡し、新たに遺族年

金（○○年○○月裁定）を受給（月額８万円）することとなりました。以降、被扶養者の収

入を上回る仕送りを継続することができなくなっております。つきましては遺族年金の裁定

月をもって、被扶養者資格を抹消していただきますよう、よろしくお願いいたします。

なお、本申告内容に相違があった場合は、健康保険組合の指定する日まで遡って被扶養者資格を取り消されても異存ございません。

以 　　　上